

الوسواس القهري : دراسة على عينات سعودية

د. عبد الغفار عبد الحكيم الدماطي

قسم التربية الخاصة - كلية التربية

جامعة الملك سعود

د. احمد محمد عبد الخالق

قسم علم النفس - كلية الآداب

جامعتا الاسكندرية والكويت

طبق المقياس العربى للوسواس القهري على ٩٢٣ طالبا من طلاب المدارس الثانوية والجامعة من الجنسين بمدينة الرياض . وقد كشف المقياس المستخدم عن معاملات ثبات مرتفعة بطريقة التنصيف ، ونية عاملية متسقة وواضحة على العينات السعودية . ولم تظهر فروق جوهريه إحصائية بين الجنسين ولا بين المجموعتين العمريتين لطلاب المدارس الثانوية والجامعة . وحصلت العينات السعودية فى مقياس الوسواس القهري على متوسطات أقل من نظرائهم المصريين والقطريين واللبنانيين ، الأمر الذى يمكن تفسيره - على الأرجح - بتأثر العينات السعودية ببعض أساليب التنشئة الاجتماعية التى تعد أقل إثارة لأنماط الاستجابات التى تهيئ الطفل مستقبلا للسلوك الوسواسى ، ويؤكد هذا التفسير المقترح على دور عملية الإشراف فى اكتساب السلوك ، فضلا عن دور التعلم الاجتماعى الذى ينتج عن القدوة أو النموذج الذى يضعه الوالدان للطفل .

مقدمة:

تجعل الناس يقدرونها حق قدرهما ، لما لهما من وظائف مهمة فى حياة الفرد . ولكنه عندما يقوم بإلحجاز أعماله على ضوء هاتين الصفتين بدرجة متطرفة فإن مواظبته أو استمراره فى عمل محدد واحد ، وعدم قدرته على فهم الصورة الكبيرة ، تدخلان فى نطاق السلوكيات غير المرغوبة (٢٤٧:١٢) . وإذا

تشيع أعراض الشخصية الوسواسية فى الحضارة الراهنة ، بدرجة تدعو للاعتقاد بأنها سلوكيات مرغوبة ، يقدرها المجتمع حق قدرها ، عندما تبدو فى صورة أقل تطرفا ؛ وخير مثال لذلك المشاهدة أو المواظبة والانتباه للتفاصيل : فهما صفتان مرغوبتان لدرجة

البدن مائة مرة كل يوم ، أو عد الأشياء أو مراجعتها ، أو تغيير الملابس (٢٠:٢١٣-٤ ، ٢٥:٥٣٥ ، ٢٨:١٦٢-٣) .

وقد صنف اضطراب الوسواس القهري بوصفه واحدا من اضطرابات القلق ؛ لأن الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية هي في الأصل محاولة من جانب الفرد للتحكم في القلق ، ليحتفظ بعقله غاصا وملثا بأفكار أخرى ، ويبدى مشغولتين - تماما - بالأنشطة القهرية حتى لا يكون لديه وقت ليعن النظر في أنواع القلق والخوف . ويرى علماء النفس الوجوديون أن الناس يشغلون أنفسهم بالتفاصيل التافهة للحياة هربا عما يجدونه من رعب في مواجهة المسائل ذات الجذور العميقة في الوجود الإنساني ؛ كالموت والحرية والعزلة الوجودية والتأمل في مغزى الحياة والغاية منها (٤:٤٤١) .

ومن الأهمية بمكان أن نميز بين الوسواس القهري لدى الأسوياء والمرضى . فقد قام " ربحان ، دى سيلفا " (٢٣) بدراسة شائقة ، طبعت فيها كل من : وسواس الأسوياء ووسواس الأفراد الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري على بطاقات ، ثم أعطيت بعد أن تم خلطها ، لستة محكمين خبراء .

حدث ذلك - مع توافر عدد من الأعراض الأخرى - عُدَّ الوسواس القهري اضطرابا . وعادة ما يأخذ هذا الاضطراب واحدا من صورتين (٣) :

فأما أولاهما فهي اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية ، وهو " نمط مستمر ومداوم للشخصية ، يتميز بتزوع متطرف نحو الكمال والنظام المفرط ، وعدم القدرة على تقبل الحلول الوسطى ، مع شعور بالمسئولية مهالغ فيه " (١٤) . وأما الأخرى فهي اضطراب الوسواس القهري الذي يعد واحدا من اضطرابات القلق . والوسواس المرضية أفكار مدلومة مستمرة ، تقتحم عقل الفرد بشكل ملع وعنيد بحيث لا يمكنه السيطرة عليها أو التحكم فيها أو استبعادها من حيز الشعور لديه . وغالبا ما يدرك المريض سخافة هذه الأفكار أو تافهتها أو عدم معقوليتها ، ولكنه لا يستطيع أن يوقفها أو يمنعها . وتتركز هذه الأفكار المستحوذة على عقل الفرد وإرادته حول موضوعات شتى ، أكثرها شيوعا : التلوث والقذارة والخيالات العدوانية والنظام والأفكار الجنسية . وأما القهر^١ فيتضمن أفعالا وسلوكا ظاهرا وأنشطة كالطقوس ، وحاجة مرضية للقيام بانديفاع معين غير معقول أو تافه أو غير ذي هدف ؛ كغسل

القهرية السوية والمرضية أمر مسوخ تماما :
ذلك أن الفرق بينهما فرق فى الدرجة وليس
فرقا فى النوع غالبا .

وفى غمار الزخم الكبير من البحوث
والدراسات المنشورة عن الوسواس القهرى يهتما
فى مجال دراستنا الواقعية^٢ له فى مجتمع
عربى (سعودى) أن نورد طرفا من البحوث
المتعلقة بأسباب نشأة هذا الاضطراب .
والنظريات عديدة فى هذا الصدد ، نذكر منها
أربعها هى : التحليل النفسى ، والسلوكية ،
والمعرفية والبيولوجية . ونظرا لما لهذه النقطة
النظرية من أهمية ترجع إلى ارتباطها الوثيق
بمسألة العلاج فإننا سنعرض لها فيما يلى بشئ
من التفصيل .

يركز التحليل النفسى فى تفسيره
لأسباب الوسواس القهرى على اضطراب
التطور فى المرحلة الشرجية ، ومن ثم فإن
الحيل الدفاعية ، كالعزل ، والتعطيل
والتكوين العكسى ، ضرورية للدفاع ضد
الدفعات الشرجية السادة (٤٥١:٦) . كما
ركز " فرويد " على الطبيعة المتصلبة للأنا
الأعلى فى هذا الاضطراب ، وأثر التثبيت
على المرحلة الشرجية فى نشأته ، وأشار -
كذلك - إلى التناقض الوجدانى لدى المرضى ،
والحاجة إلى الضبط والتحكم ، والصراع ضد
ما يخبره الفرد على أنه رغبات ممنوعة محرمة

لإعادة تصنيفها إلى أفكار وسواسية سوية أو
مرضية . ولم يتمكن المحكمون - بوجه عام -
من التعرف إلى الوسواس المرضية ، ولكنهم
كانوا - إلى حد ما - أكثر نجاحا فى التعرف
إلى الوسواس أو الانتفاغات السوية
(كالانتفاغ إلى شراء شئ لا حاجة للفرد به) .
وبرغم أن التداخل كان كبيرا بين وسواس
المرضى والأسوياء فإن المؤلفين وجدنا بعض
الفرق بينهما ، فقد ذكر المرضى أن وسواسهم
تستمر وقتا أطول ، ودرجة أكثر شدة ،
وينجم عنها مزيد من الضيق وعدم الارتياح ،
كما تعتبر أكثر صعوبة فى طردها والتخلص
منها ، بالإضافة إلى تدخلها فى الأنشطة
الاجتماعية والمهنية ، واعتبارها أعراضا
معجزة .

ويورد " آل سو " (١٦٤:٢٨) أن عددا
غير قليل من الدراسات قد أوردت أن ما يزيد
على ٨٠ ٪ من أفراد العينات السوية قرروا
وجود أفكار مزعجة مضابقة مقتحمة
ودفعات ، فمن الواضح - إذن - أن الغالبية
العظمى من الجمهور السوى لديه أعراض
وسواسية . ولكن ما توصل إليه كل من
" ريخمان " ، دى سيلفا " (٢٣) بعد أساسا
قويا للفرقة بين المستويين : السوى والمرضى .

واعتمادا على نتائج تلك الدراسات ،
فإن استخدام مقياس واحد لدراسة الوسواس

(٢٧) . ولكن " جيرولد بولاك Pollak " (٢٢) لم يجد دليلا يؤكد هذه الافتراضات المتصلة بأسباب المرض على ضوء نظرية التحليل النفسى .

أما التفسير السلوكى فيعتمد على نظرية التعلم ، إذ ينظر أصحابه إلى الوسواس

على أنها تمثل منها شرطيا للقلق ؛ حيث أصبح منها محايدا نسبيا ، مرتبطا بالخوف أو بالقلق خلال عملية استجابة شرطية ، بأن تقتن الوسواس بحوادث قلقة بطبيعتها أو مسببة للقلق ، ومن ثم تصبح الموضوعات والأفكار التى كانت محايدة منبهات شرطية قادرة على إثارة القلق أو الضيق . ويتكون القهر بطريقة مختلفة ، إذ يكشف الفرد أن فعلا معينا يقلل من القلق المرتبط بالأفكار الوسواسية ، ولذا تتطور خطط التجنب الفعالة على شكل قهر أو سلوك كالطقوس للسيطرة على القلق . ويشكل تدريجى ، ونتيجة للفعالية فى خفض حافز ثانوى مؤلم (القلق) ، فإن خطط التجنب تصبح ثابتة بوصفها أنماطا متعلمة للسلوك القهرى (٤٠:٥٠٠) . وقد نتج عن النموذج السلوكى طرق فنية عديدة لعلاج الوسواس القهرى

منها : التعرض^٤ ومنع الاستجابة^٥ ، والتسكين ، والإشراف المنفر ، والغمر^٦ ، والعلاج الانفجارى ، وإيقاف التفكير^٧ (٩) ، ١٠ ، ١١) . والعلاج السلوكى ناجح مع نسبة تتراوح من ٦٠ - ٧٥ ٪ من الحالات (٤٠:٢٠٠) .

ومن ناحية أخرى ، يفترض المنحنى المعرفى أن بعض مرضى الوسواس القهرى لديهم آلية (ميكانيزم) للتغذية الراجعة معطلة أو ممزقة ، وهى بدورها تؤدى إلى مداومة المرضى على سياق وأفعال معينة . ويفترض " جراى " أن هؤلاء المرضى يعانون من خلل فى وظيفة المخ المتصلة بما أسماه "مضاهاة - مضاهاة غير ملائمة"^٨ . كما يرى " بتمان " أن لدى هؤلاء المرضى زيادة فى إشارات الخطأ^٩ (يولدها الجهاز اللمبى) ، والتى لا يمكن خفضها من خلال المخارج السلوكية التى تولدها العقد العصبية القاعدية^{١٠} . ويؤكد " جراى " أن لهرمون سيروتونين^{١١} دورا كبيرا فى ذلك ؛ فالحقن به يكف السلوك الحركى ، فى حين أن إفرازه لدى مرضى الوسواس القهرى ناقص ، ويرتبط نقصه بزيادة الاندفاعية (٢٧) . ويستخدم

Response Prevention (٥)

Thought Stopping (٧)

Error Signals (٩)

Serotonin (١١)

Exposure (٤)

Flooding (٦)

Match-Mismatch (٨)

Basal Ganglia (١٠)

العلاج المعتمد على المنحى المعرفى طرعا مثل : تنظيم المفكرة (الأجندة) ، ووضع الأولويات ، والتركيز على موضوع واحد فى وقت واحد ، وذلك بهدف تعليم الوسواسى تنظيم حياته بشكل أكثر تكيفا (١٢) . ولكن ، يبدو أنه ليس من الميسور علاج الوسواس القهرى علاجا ناجعا بالمنحى المعرفى وحده ، بل من خلال الجمع بينه وبين طرق العلاج السلوكى معا (٢٤) .

وتعتمد التفسيرات البيولوجية للسلوك الوسواسى القهرى على بيانات متعلقة بكل من : تركيب المخ ونشاطه والدراسات الوراثية والشذوذ الكيميائى الحيوى (١٥ ، ١٩) ، ومن ثم يعالج هذا الاضطراب بالجراحة (١٧) . وقد اتضح أن المرضى الذين عولجوا بها قد ظهرت لديهم زيادة فى نشاط الأبيض فى الفص الأمامى لنصف الكرة الأيسر . ولكن ليس من الواضح بعد ما إذا كانت هذه التغيرات الأيضية سببا للاضطراب الوسواسى القهرى أو نتيجة له . ومن ناحية أخرى ، يعتقد بعض الباحثين أن هذا الاضطراب له أساس وراثى ، ويؤكد ذلك الدراسات التى أجريت على الأسر وعلى التوائم (١٦٥:٢٨) . غير أن هناك نقطة مهمة تتعلق بقبول مثل هذه التفسيرات ، وهى أن كثيرا من التغيرات المرضية المفترضة فى وظائف محددة فى المخ لا تعد خاصة بالوسواس القهرى وحده بل يشترك معه فيها

اضطرابات أخرى ، كالاكتئاب وحالات العنف والفصام مثلا (فرض السيروتونين) . وعلى الرغم من تعدد التفسيرات التى قدمت لتوضيح نشأة الوسواس القهرى وأسبابه ، فإنه يمكن إجمالها فى عاملين : الوراثى البيولوجى (٢٩) ، والبيئى الاجتماعى (١٨) . وعلى ضوء العامل الأخير يمكن أن نحدد مشكلة هذه الدراسة فى التساؤلات التالية .

تساؤلات الدراسة :

تتلخص تساؤلات الدراسة فيما يلى :

- ١- مامتوسط الوسواس القهرى لدى عينات من الطلاب مشتقة من المجتمع السعودى ؟
 - ٢- هل هناك فروق جوهرية إحصائية فى الوسواس القهرى بين الجنسين ؟
 - ٣- هل هناك فروق جوهرية إحصائية فى الوسواس القهرى تبعا للأعمار ؟
 - ٤- ما الفرق بين العينات السعودية وعينات عربية أخرى فى الوسواس القهرى ؟
 - ٥- ما هى المكونات العاملة للوسواس القهرى كما تقيسه القائمة المستخدمة ؟
- وتهدف الإجابة عن هذه التساؤلات الخمس إلى بيان مدى كفاءة مقياس الوسواس

المقياس:

استخدم المقياس العربى للرسواس القهري (١) مع جميع العينات ، وهذا المقياس مؤلف أصلا ليناسب العينات العربية ، وقد خضعت بنوده لسلسلة من التحليلات العملية فى غير المجتمع السعودى ، كما يتسم بثبات مرتفع وصدق تلازمى عال على عينات مصرية ، وتتاح له معايير مصرية ولبنانية وقطرية . وقد صيغت عبارات المقياس (٣٢ عبارة) فى لغة عربية فصحة ، بأسلوب سهل حديث . وتراوح معاملات ثبات التنصيف بين ٠,٧٠ ، ٠,٧٣ ، للعينات السعودية الأربع (انظر جدول ١) ، وكلها تعد معاملات مرتفعة .

التحليل الإحصائى:

استخرجت المتوسطات والانحرافات المعيارية ، واستخدم اختبار "ت" ، وحسبت معاملات الارتباط ، وحللت عامليا بطريقة "هوتيلنج" : المكونات الأساسية ، واتبع معيار " جتمان " لتحديد عدد العوامل : الجذر الكامن $\leq 1,0$ ، ثم تم تدوير المحاور تدويرا متعامدا بطريقة " فارماكس " (٢٦) .

النتائج ومناقشتها:

يبين جدول (١) أهم البيانات الوصفية عن العينات المستخدمة ومقياس الرسواس القهري .

القهرى للاستخدام مع عينات سعودية ، اعتمادا على تحديد البنية العاملة لهذا المقياس ، مع بيان أهم المعالم الوصفية له وفقا لكل من الجنس والعمر ، وأخيرا فحص الفروق بين السعوديين وغيرهم من المصريين والقطريين واللبنانيين ، (وهم الفئات التى طبق المقياس عليها قبل ذلك) . والملاحظ أن الدراسات المنشورة عن أبعاد الشخصية والسمات المرضية ، والتى أجريت على عينات سعودية ، تعد قليلة ، ولم يصل إلى علمنا دراسة أجريت على الرسواس القهري لدى عينات سعودية .

الطريقة:

العينات:

أجريت هذه الدراسة على عينة من الطلاب السعوديين تكونت من ٩٢٣ طالبا ، موزعين إلى أربع عينات فرعية كما يلى : ١٢٠ طالبا ، ١٧٠ طالبة ، وكلتاها من طلاب ٢٥ مدرسة ثانوية موزعة على المناطق التعليمية الخمس لمدينة الرياض . بالإضافة إلى ٣٣٢ طالبا ، ٣٠١ طالبة من طلاب جامعة الملك سعود بالرياض (كل الكليات تقريبا) . ولم يوضع تخطيط معين ، لتكون هذه العينات عشوائية ممثلة للمجتمع الأصلى . ومع ذلك ، فإنه يمكن القول بأن حجم هذه العينات يجعلها تقبل إلى الاعتدالية ، وينأى بها عن التحيز إلى حد بعيد .

جدول رقم (١)

المتوسط والانحراف المعياري لكل من الأعمار والوسواس القهري
وقيمة دت، ومعاملات ثبات التنصيف لدى أربع عينات سعودية

المينات	ن	١١٠ (أ)	الأعمار		الوسواس القهري		ت
			ع	ن	ع	ن	
طلبة ثانوى	١٢٠	٠,٧٠	١٨,٢٣	١,١١	١٤,٠٣	٤,٧٣	١٠٠ (ب)
طالبات ثانوى	١٧٠	٠,٧٣	١٧,٨٦	١,٢٠	١٤,٠٩	٥,٣٩	
طلبة جامعة	٣٣٢	٠,٧٠	٢٢,٦٥	٢,١٠	١٣,٤٧	٥,٣٣	٨٦ (ب)
طالبات جامعة	٣٠١	٠,٧٢	٢٢,٥٣	١,٩٩	١٤,١٣	٥,١٧	

(أ) ١١٠ = معاملات ثبات التنصيف بعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان - براون

(ب) غير جوهري إحصائيا

والإناث . كما يذكر " دى سيلفا " (١٩٤:٧) أنه على الرغم من بعض الدعاوى التى تشير إلى غلبة هذا الاضطراب لدى الإناث ، فليس هناك دليل قاطع على وجود فروق فيه بين الجنسين . ولكن ، برغم تأكيد " دى سيلفا ، ريخمان " (٤٥:٨) على عدم وجود فروق جوهريّة بين الجنسين ، فإنهما يضيفان إلى ذلك أن هناك بعض الفروق بين الجنسين فى بعض المجموعات الإكلينيكية داخل هذا الاضطراب . هذا فيما يرتبط بالتساؤل الثانى.

وفىما يتعلق بالتساؤل الثالث الخاص بالفروق بين المجموعتين العمريتين من طلاب المدارس الثانوية والجامعة فقد كانت تلك الفروق غير جوهريّة إحصائيا . وقد يرجع ذلك

وبالنظر فى جدول (١) ، يتضح أن جميع معاملات ثبات التنصيف لقائمة الوسواس القهري مرتفعة لدى العينات السعودية الأربع جميعا ، كما يبين هذا الجدول متوسطات الوسواس القهري لدى العينات السعودية ، ويجب ذلك عن التساؤل الأول لهذا البحث . ويتضح - أيضا - أن الفروق غير جوهريّة إحصائيا بين الجنسين وبين المجموعتين العمريتين : طلاب المدارس الثانوية والجامعة .

وتؤكد الدراسات السابقة عدم جوهريّة الفروق بين الجنسين ؛ فقد أوردت الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين (٢٤٦:٣) أن هذا الاضطراب يتساوى انتشاره بين الذكور

(ت = ٤,٨٤ ، دالة عند مستوى ٠,٠٠١) .

وفيما يختص بطلاب الجامعة ، فالملاحظ أن للطلبة السعوديين أقل متوسط فى الرسواس القهري بالنسبة إلى نظرائهم من المصريين (ت = ٥,٠١ ، دالة عند مستوى

٠,٠٠١) ، ومن القطريين (ت = ٣,١٢ ،

دالة عند مستوى ٠,٠١) ، ومن اللبنانيين

(ت = ٢,٤٩ ، دالة عند مستوى ٠,٠٢) .

وفيما يتعلق بطلالات الجامعة ، فالملاحظ أن

للطلالات السعوديات أقل متوسط فى

الرسواس القهري بالنسبة إلى نظرائهن من

المصريات (ت = ٤,٤٥ ، دالة عند مستوى

٠,٠٠١) ، ومن القطريات (ت = ٢,٠٨ ،

دالة عند مستوى ٠,٠٥) ، ولكن متوسط

السعوديات متقارب مع اللبنانيات .

وتشير النتيجة العامة لهذه الدراسة فيما

يتعلق بالمقارنة بين متوسطات السعوديين

وغيرهم من عينات عربية أخرى (مصرية

وقطرية ولبنانية) إلى أن للسعوديين - بوجه

عام - متوسطا أقل على قائمة الرسواس

القهري من نظرائهم العرب . ولقد كان من

الممكن تفسير هذه الفروق على ضوء الاختلاف

فى المستوى الاقتصادى لأفراد هذه العينات

المشتقة من بلاد عربية مختلفة ، ولكن وجود

القطريين من بين هذه العينات يعوق صدق هذا

التفسير ، ذلك أن التقارب كبير بين السعوديين

والقطريين فى المستوى الاقتصادى .

- غالبا - إلى أن الفرق بين متوسط أعمار

المجموعتين ليس كبيرا إلى الدرجة التى يمكن

أن يكشف فيها عن فروق جوهرية (يتراوح

الفرق بين أربع وخمس سنوات فقط ، انظر

جدول ١) .

وللإجابة عن التساؤل الرابع ، فإن

المقارنة بين نتائج هذه الدراسة على عينات

سعودية ودراسات أخرى على عينات مصرية

وقطرية ولبنانية (١) تكشف عن فروق

جوهرية إحصائية بين المجتمعات فى الرسواس

القهري . ولكن الذى يهمنا من هذه المقارنات

- فقط - هو الفروق بين العينات السعودية

وما يناظرها من عينات عربية أخرى . وتجدر

الإشارة إلى أن العينات الأربع المتاحة فى

الدول الثلاث : السعودية ، مصر ، قطر قد

شملت الجنسين من طلاب الثانوى والجامعة ،

فى حين لم تشتمل العينات اللبنانية إلا على

طلاب الجامعة من الجنسين فقط .

والملاحظ أن لطلبة الثانوى السعوديين

أقل متوسط فى الرسواس القهري بالنسبة إلى

نظرائهم من المصريين (ت = ٣,٣٢ ، دالة

عند مستوى ٠,٠٠١) ، ومن القطريين

(ت = ٣,١٠ ، دالة عند مستوى ٠,٠١) .

كما أن لطلالات الثانوى السعوديات أقل

متوسط فى الرسواس القهري بالنسبة إلى

نظرائهن من المصريات (ت = ٦,٢١ ، دالة

عند مستوى ٠,٠٠١) ، ومن القطريات

القلق (٢) . ولا حاجة هنا إلى التأكيد على العلاقة الوثيقة بين القلق والوسواس القهري ؛ فالأخير تصنيف فرعى يندرج ضمن فئات القلق (٣:٢٣٥) . وقد أسفرت تلك الدراسة (٢) عن متوسطات منخفضة للقلق لدى السعوديين بالمقارنة إلى المصريين . وحيث إن الوسواس القهري فئة فرعية فى اضطرابات القلق ، فإن نتيجة تلك الدراسة السابقة تدعم نتيجة الدراسة الحالية .

والرأى لدينا أن تفسير انخفاض متوسطات الوسواس القهري لدى العينات السعودية بالمقارنة إلى عينات من ثلاث بلاد عربية أخرى على ضوء عملية التنشئة الاجتماعية ، يمكن أن يكون خطأ للبحث مشمرا وواعدا . ويتلخص الفرض ، الذى يمكن اختباره هنا ، فى أن التنشئة الوالدية للطفل السعودى يمكن أن تعد أقل إثارة لأنماط الاستجابات التى تهيئ الطفل مستقبلا للسلوك الوسواسى القهري . ويشير ذلك إلى الدور الكبير الذى تقوم به عملية الإشراف فى اكتساب السلوك ، فضلا عن دور التعلم الاجتماعى الذى ينتج عن القدوة أو النموذج^{١٧} الذى يقدمه الوالدان للطفل . وعلى كل حال ، فإن هذا التفسير المقترح يظل مجرد فرض يحسن مواصلة بحثه للتثبت منه فى دراسة أخرى .

ومن ناحية أخرى ، فهل من الممكن أن نفسر هذه الفروق الجوهرية على ضوء الاختلاف فى المستوى الاجتماعى ؟ يذكر "دى سيلفا ، ريخمان" (٨:٤٥) أن كثيرا من الإكلينيكين قد اعتقدوا أن اضطراب الوسواس القهري أكثر شيوعا بين الطبقات الاجتماعية الأعلى ومن تلقوا تعليما أرقى . ومن المحتمل أن يكون الأمر كذلك إذا نظرنا إلى أولئك الذين يأتون إلى المستشفيات والعيادات ، ممن يشخصون على أنهم يعانون من هذا الاضطراب . ولكن هناك شك فى كون هذا الفرق حقيقيا على ضوء هذه العوامل .

وعلى الرغم من الإغراءات الواضحة لمثل هذا التفسير ، فإن الرأى لدينا أن تحديد المستوى الاجتماعى فى هذا المجال إنما يتمين أن يتم داخل المجتمع الواحد ، كأن تقارن بين طبقات اجتماعية متباينة فى المجتمع السعودى ، أو فى المجتمع المصرى ... وهكذا . ولكن من غير الصواب أن تقارن بين المستوى الاجتماعى عبر مجتمعات متعددة ، تتأثر فيها المستويات الاجتماعية بعوامل مختلفة وكثيرة داخل كل مجتمع على حدة . والدراسات المقارنة فى مجال الشخصية والجوانب المرضية بين البلاد العربية قليلة إلى حد بعيد ، ولكن لحسن الحظ فإن هناك دراسة واحدة تقارن بين السعوديين والمصريين فى

متعامدا بطريقة فاريماكس . ويبين جدول (٢) التشعبات العاملة الجوهرية (≤ ٣٥) لبنود القائمة .

ويتضح من جدول (٢) أن العامل الأول عامل عام للرسواس القهرى ، إذ تشبعت به البنود : تطاردنى الأفكار المزعجة ، تشغلنى أشياء تافهة ، أتصور أن تحدث مصائب ، اضطر للقيام بأشياء لا قيمة لها ، تسيطر على أفكار سيئة . . . وهكذا . وسمى العامل الثانى : المراجعة ، والبنود المشبعة به جوهريا كما يلى : أعود إلى المنزل للتأكد من غلق الأبواب ، أتأكد قبل النوم من إغلاق الأبواب ، مشكلتى مراجعة الأشياء بصورة متكررة . أما العامل الثالث فقد سُمى : التدقيق وعدم الحسم ، وقد تشبعت به جوهريا البنود الآتية : أستطيع أن أحسم بين الأمور ، أنا متفائل (تشبعان سلبيان) ، أنا شخص موسوس ، أنا مدقق ودقيق جدا (تشبعان إيجابيان) .

أما العامل الرابع فقد سُمى : التكرار والعد . وقد جاءت أهم التشعبات الجوهرية به كما يلى : أميل إلى تكرار الأشياء أو العبارات ، أعد الأشياء غير الهامة ، أغسل يديّ مرات كثيرة . . . الخ . وسمى العامل الخامس : لوم الذات والشك والتردد ، وأهم التشعبات الجوهرية به هى : أتضايق بشدة عندما تصدر عنى بعض الأخطاء ، أشك فى أشياء كثيرة ، أنا شخص متردد . أما العامل

وعلى الرغم من الاختلاف الكمي فى متوسطات العينات السعودية بالنسبة إلى غيرها من العينات العربية ، فإنه من الممكن القول بأن التشابهات الكيفية تجب الفروق الكمية ، أو أن الفرق بينها هو فرق فى الدرجة وليس فى النوع ، ويؤكد ذلك قول كل من : "دى سيلفا ، ريخمان" (٤٨:٨) ، أن "اضطراب الرسواس القهرى يظهر فى أجزاء مختلفة من العالم ، وفى حضارات مختلفة . وتوجد أوصاف هذا الاضطراب فى معظم الثقافات الغربية كما فى كل من : الهند ، هونج كونج ، تايبان ، مصر ، سرى لانكا ... وغيرها . وقد ظهر تشابه ملحوظ فى الرسواس والقهر فى كثير من البلاد ، كما أن التشابه كبير بين ملامح الاضطراب " .

وأخيرا ، فإن الحاجة ماسة إلى إجراء مزيد من الدراسات المتعمقة حول أسباب الرسواس القهرى ، وحول أسباب الفروق فيه بين الثقافات .

ومن المناسب أن نفحص البنية العاملة لقائمة الرسواس القهرى على العينات السعودية ، ويفيد ذلك - أيضا - فى التعرف على صدق القائمة فى هذا المجتمع . فقد طبقت القائمة على عينة من طلاب الجامعة السعوديين (ن = ١٢٠) ، وحسبت معاملات الارتباط المتبادلة بين بنودها ، وحللت عامليا ، وتم تدوير العوامل تدويرا

السادس نسمى : السواء مقابل الوسواس ، أحب النظام الصارم . أما العامل التاسع وأهم التشبعات الجوهرية به : أتخذ القرارات بسرعة ، أنا متفائل ، لا أحب النظام الصارم (وكلها تشبعات موجبة) ، فى مقابل : تسيطر على أفكار سينة (تشيع سلى) . أما العامل السابع نسمى : البطء مقابل التحرر من الوسوسة ، وأهم التشبعات الجوهرية به : أنجز الأعمال ببطء شديد ، أنسى الأشياء المزعجة ، لا أفكر فيما يقوله الناس . أما الخواطر الملحة فهى اسم العامل الثامن ، وتشيع به جوهريا الهند : تلح على خاطرى عبارة معينة ، لا أستمتع بحياتى ، لا

أحب النظام الصارم . أما العامل التاسع والأخير فهو ثنائى القطب يقابل بين الهنديين : لا أهتم بالتفاصيل الدقيقة (سلى) ، أنا مدقق ودقيق جدا (إيجابى) ، ولذا فقد سمى الاهتمام بالتفاصيل .

وتشير النتائج الواردة فى جدول (٢) إلى صدق عاملى مقبول للقائمة العربية للوسواس القهرى على عينات سعودية ؛ فقد استخرج من القائمة تسعة عوامل تشير جميعا إلى مختلف جوانب الوسواس والقهر ، ويجب ذلك عن التساؤل الخامس فى هذا البحث .

جدول رقم (٢)

التشبعات الجوهرية وبنودها لمقياس الوسواس القهرى لدى السعوديين
١ - العامل الأول (١٢,٩٪) : عامل عام للوسواس القهرى

التشبعات	البنسود *
٧٧٧	تطاردنى الأفكار المزعجة
٦٨٧	تشغلنى أشياء تافهة
٦١٢	أتصور أن تحدث مصائب
٥٩٦	أضطر للقيام بأشياء لاقيمة لها
٥٣٣	تسيطر على أفكار سينة
٥٠٤	لا أستمتع بحياتى
٤٢٥	أنا شخص متردد

* صيغت البنود فى هذا الجدول صياغة مختصرة .

٢ - العامل الاانى (٧.٥٪) : المراجعة

البسوء	الاشبعاء
أعود للمازل للأكاء من علق الأواب	.٨٢٦
أأكاء قبل النوم من إغلاق الأواب	.٧٦٢
مشكلتى مراجعة الأشياء بصورة مأكرة	.٣٥٠

٣ - العامل الااك (٥.٨٪) : الاءلق وعلم المسم

البسوء	الاشبعاء
أأسطىع أن أأسم بىن الأمور	-٦٦٥
أنا شأص موسوس	.٦٥٢
أنا مءق وءقىق آنا	.٤٤٠
أنا مءقال	-٤١٨
أأسل ىءى مرال كآىرة	.٣٨٦

٤ - العامل الرابا (٥.٨٪) : الاءكار والاء

البسوء	الاشبعاء
أأمىل إلى آكار الأشياء أو العبارة	.٧٠٦
أأء الأشياء آىر الهامة	.٦٩٣
أأسل ىءى مرال كآىرة	.٤٤١
لدى أسألة مسآآىل الإآابة عنها	.٤١٤

٥ - العامل الخامس (٥,٣٪) : لوم الذات والشك والتردد

التشبعات	البنسود
,٦٥٨	أتضايق بشدة عندما تصدر عنى بعض الأخطاء
,٦٢٧	أشك فى أشياء كثيرة
,٥٣٣	أنا شخص متردد
,٤٩١	مشكلتى مراجعة الأشياء بصورة متكررة

٦ - العامل السادس (٤,٦٪) : السواء مقابل الوسواس

التشبعات	البنسود
,٧٤٥	أأخذ القرارات بسرعة
,٤٨٥	أنا متفائل
,٤٠٥	لا أحب النظام الصارم
,٣٨١-	تسيطر على أفكار سيئة

٧ - العامل السابع (٤,٤٪) : البطء مقابل التحرر من الوسوسة

التشبعات	البنسود
,٧٠٩-	أأجز الأعمال ببطء شديد
,٥٣٤	أنسى الأشياء المزعجة
,٥٢٢	لا أفكر فيما يقوله الناس

٨ - العامل الثامن (٤,٠٪) : المخاطر الملحة

التشبعات	البنسود
٧٧٨,	تلح على خاطري عبارة معينة
٥٢٩,	لا أستمتع بحياتي
٤٤٥-	لا أحب النظام الصارم

٩ - العامل التاسع (٤,٠٪) : الاهتمام بالتفاصيل

التشبعات	البنسود
٧٩٧-	لا أهتم بالتفاصيل الدقيقة
٤٥١,	أنا مدقق ودقيق جدا

The Arabic Scale of Obsessions and Compulsions was administered to 923 Saudi secondary school and university students . Split-half reliabilites of the scale are high. It has a consistent factorial structure among Saudi samples. There are no statistically significant differences neither between males and females nor between the two age groups of students .

Saudi samples attain lower obsessive - compulsive mean scores in comparison with samples from Egypt , Qatar , and Lebanon . These differences are discussed on the light of socialization process. That is, Saudi ways of socialization are considered to be producing lesser degrees of obsessive- compulsive behavior.

المراجع

- ١- عبد الخالق ، أحمد محمد . المقياس العربى للوسواس القهري . الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية ، ١٩٩٢ .

- ٢- عبد الخالق ، أحمد محمد ؛ حافظ ، أحمد خيرى . حالة القلق وسمة القلق لدى عينات من المملكة العربية السعودية . مجلة العلوم الاجتماعية ، ١٩٨٨ ، ١٦ (٣) ، ١٨١ - ١٩٦ .
- 3 - American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd Ed. - Rev.) DSM-111-R. Washington, D.C.:APA, 1987.
- 4 - Carlson, J.G. & Hatfield, E. Psychology of Emotion. New York: Harcourt Brace Jovanovich, 1992 .
- 5 - Coolidge, F.L.; Burns, E.M. ; Nathan, J.H. & Mull, C.E. Personality Disorders in the Elderly. Clinical Gerontologist, 1992, 12, 41-55.
- 6 - Corsini, R.J. (Ed). Encyclopeadia of Psychology. New York : Wiley, 1984, 1.
- 7 - De Silva, P. Obsessive - Compulsive Disorder. in E.Miller & P. Cooper (Eds). Adult Abnormal Psychology . London : Churchill, 1988.
- 8 - De Silva, P . & Rachman, S. Obsessive - Compulsive Disorder : The Facts. Oxford : Oxford University Press, 1992.
- 9 - Emmelkamp, P.M.G. Behavior Therapy with Adults. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds). Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 3rd Ed., New York: Wiley. 1986, 385-442.
- 10 - Emmelkamp, P.M.G. Obsessive - Compulsive Disorder: The Contributions of an Experimental - Clinical Approach. In A. Ehlers, W. Fiegenbaum, I., Florin & J. Margraf (Eds). Perspectives and Promises of Clinical Psychology, New York : Plenum, 1992, 149 - 156.

- 11 - Florin, I. & Fiegenbaum, W. Clinical Psychology: Its Successes and Perspectives. In A.Ehlers, W. Fiegenbaum, I.Florin & J. Margraf (Eds) Perspectives and Promises of Clinical Psychology, New York : Plenum, 1992, 3-10.
- 12 - Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B. & Simon, K. Clinical Applications of Cognitive Therapy. New York : Plenum, 1990.
- 13 - Freund, B. ; Steketee, G.S. & Foa. E.B. Compulsive Activity Checklist (CAC): Psychometric Analysis with Obsessive - Compulsive Disorder. Behavioral Assessment, 1987, 9,67-79.
- 14 - Goldenson, R. (Ed). Longman Dictionary of Psychology and Psychiatry . New York : Longman, 1984.
- 15 - Goodman, W.K., Mcdougale, C.J. & Price, L.H. The Role of Serotonin and Dopamine in the Pathophysiology of Obsessive Compulsive Disorder. International Clinical Psychopharmacology, 1992, 7, 35-38.
- 16 - Goodman, W.K. & Price, L.H. Assessment of Severity and Change in Obsessive Compulsive Disorder. Psychiatric Clinics of North America, 1992, 15,861-869.
- 17 - Hay, P.J.; Sachdev, P.S.; Cumming, S. ; Smith, J.S., et al. Treatment of Obsessive - Compulsive Disorder by Psychosurgery . Acta Psychiatrica Scandinavica, 1993, 87,197-207.
- 18 - Hoover, C.F. & Insel, T.R. Families of Origin in Obsessive - Compulsive Disorder. Journal of Nervous & Mental Disease, 1984, 172,207-215.

- 19 - Insel, T.R. Neurobiology of Obsessive - Compulsive Disorder: A Review. International Clinical Psychopharmacology, 1992, 7, 31-33.
- 20 - Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. Synopsis of Psychiatry : Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry . 6th Ed. Baltimore : Williams & Wilkins, 1991.
- 21 - Kim, S.W.; Dysken, M.E. & Katz, R. Rating Scales for Obsessive Compulsive Disorder. Psychiatric Annals, 1989, 19, 74-79.
- 22 - Pollak, J.M. Obsessive-Compulsive Personality : A Review . Psychological Bulletin, 1979, 225-239.
- 23 - Rachman, S.A & De Silva, P. Abnormal and Normal Obsessions. Behavior Research & Therapy, 1978, 16, 233-248.
- 24 - Salkovskis, P.M. Obsessions and Compulsions . In J.Scott, J.M.Williams, & A.T.Beck (Eds). Cognitive Therapy in Clinical Practice: An Illustrative Casebook. London: Routledge, 1989, 50-77.
- 25 - Seamon, J.G. & Kenrick, D.T. Psychology. New Jersey: Prentice - Hall, 1992.
- 26 - SPSS, Inc. SPSS: Statistical Data Analysis. Chicago: SPSS, 1990.
- 27 - Stein, D.J. & Hollandander, E. Cognitive Science and Obsessive Compulsive Disorder. In D.J. Stein & J.E Young (Eds). Cognitive Science and Clinical Disorder. New York: Academic Press, 1992, 235-246.
- 28 - Sue, D., Sue, D . & Sue, S. Understanding Abnormal Behavior . Boston: Houghton Mifflin, 1990.
- 29 - Vandenberg, S.G., Singer, S.M. & Pauls, D.L. The Heredity of Behavior Disorders in Adults and Children . New York: Plenum, 1986.